



Questions fréquentes (FAQ) concernant le financement uniforme (EFAS)¹

État : 8 mars 2024

1. Qu'est-ce que le « financement uniforme » (EFAS) ?

Aujourd'hui, les prestations ambulatoires sont financées exclusivement par les assureurs-maladie, alors que les prestations stationnaires (c'est-à-dire nécessitant un séjour d'au moins une nuit à l'hôpital) sont financées conjointement par les assureurs et les cantons. Les cantons, c'est-à-dire les contribuables, paient 55% des coûts et les assureurs, c'est-à-dire les assurés, les 45% restants.

Pour les soins en EMS et à domicile, les assureurs et les patients payent des contributions aux coûts limitées. Le niveau de ces contributions est fixé par le Conseil fédéral. Les cantons sont responsables du financement résiduel.

Avec le financement uniforme, ces trois régimes de financement seront remplacés par un seul. **Toutes les prestations de l'assurance-maladie, qu'elles soient stationnaires, ambulatoires ou qu'elles concernent le domaine des soins, seront financées selon la même clé de répartition par les cantons et les assureurs** : à hauteur de 26,9% des coûts nets (donc après déduction de la franchise et de la quote-part des assurés) par les cantons et de 73,1% par les assureurs.

Ainsi, le financement ne dépendra plus du type (ambulatoire/stationnaire/domaine des soins) de la prestation. Pour les prestations de soins, les patients continueront à payer une contribution aux coûts limitée, fixée comme aujourd'hui par le Conseil fédéral.

2. Pourquoi cette réforme ?

Le principal but de cette réforme est de promouvoir les soins coordonnés tout au long de la chaîne de traitement et les prestations ambulatoires plutôt que les prestations stationnaires tout en rendant les prestations plus abordables pour les payeurs de primes et en éliminant diverses incitations inopportunes liées aux différences de financement.

1 : Aujourd'hui, les différences de financement conduisent les différents acteurs à ne considérer que leurs propres intérêts et non à adopter une vue d'ensemble. Par exemple, les assureurs sont réticents à privilégier les prestations ambulatoires, pourtant moins onéreuses d'un point de vue global, car les cantons assument plus de la moitié des coûts des séjours hospitaliers. **Le financement uniforme devrait accélérer le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, et contribuer ainsi à contenir les coûts.**

2 : Ces dix dernières années, la hausse des coûts pris en charge par les assureurs - et donc la hausse des primes - a été, en pourcentage, nettement plus élevée que celle des coûts pris en charge par les cantons. Cela est dû au fait qu'un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire a tout de même eu lieu, et que la croissance des prestations ambulatoires qui en a résulté est financée intégralement par l'assu-

¹ Cf. FF 2020 31.

rance-maladie. **Le financement uniforme mettra fin à ce transfert de charges qui se fait au détriment des payeurs de primes.**

3 : Le manque de coordination entre les fournisseurs de prestations est source de prestations superflues (examens et traitements à double, visites médicales inutiles, traitements inappropriés) et donc de coûts inutiles. Etant donné que les coûts de la coordination interviennent souvent en ambulatoire, mais que les économies se réalisent souvent en stationnaire (hospitalisation évitée) ou dans le domaine des soins (entrée en EMS retardée), les assureurs ont, avec le système de financement actuel, moins d'incitations à promouvoir la coordination et à la rémunérer de manière plus attractive pour les fournisseurs de prestations. **Avec le financement uniforme, la coordination des soins sera renforcée.** Le potentiel d'économies en découlant pourrait atteindre jusqu'à 440 millions de francs par année.

3. Qu'est-ce qui va changer pour les assurés et les patients ?

Du point de vue des patients et des assurés, peu de choses changeront. Les factures des fournisseurs de prestations reçues par les patients devront, comme aujourd'hui, être transmises aux assureurs, qui rembourseront les frais après déduction de la participation aux coûts. La participation aux coûts se composera comme aujourd'hui de la franchise choisie et d'une quote-part de 10% jusqu'à un montant maximal de 700 francs par année. La participation maximale aux coûts restera donc inchangée.

Avec la coordination des soins améliorée, les traitements proposés aux patients devraient ainsi mieux répondre à leurs besoins et le nombre de séjours hospitaliers devrait diminuer. De plus, les primes devraient être inférieures dans le cadre du financement uniforme qu'en cas de maintien du statu quo (cf. question 4).

4. Comment vont évoluer les primes ?

Ces dix dernières années, la hausse des coûts pris en charge par les assureurs, et donc la hausse des primes, a été, en pourcentage, nettement plus élevée que celle des coûts pris en charge par les cantons. Cela est dû au fait que les cantons ne participent pas aux coûts des prestations ambulatoires (à l'exception des soins), qui sont en forte croissance, mais seulement aux prestations stationnaires, dont les coûts augmentent faiblement. Un transfert du financement par les impôts vers le financement par les primes a ainsi eu lieu. Avec le financement uniforme, il sera mis fin à ce transfert de charges au détriment des payeurs de primes. Grâce à cela, les primes avec le financement uniforme seront inférieures par rapport aux primes attendues en cas de maintien du système actuel.

Même avec l'intégration des prestations de soins, les primes devraient être inférieures dans le cadre du financement uniforme que les primes attendues en cas de maintien du statu quo. En effet, l'augmentation de la participation de l'assurance-maladie aux coûts de ces prestations - dont le volume est bien inférieur aux autres prestations LAMal - sera compensée par la diminution de la participation aux coûts des prestations ambulatoires.

5. Quels sont les changements du point de vue des cantons ?

Les compétences des cantons seront étendues dans le domaine ambulatoire, tandis qu'elles resteront inchangées dans le domaine stationnaire.

Dans le domaine stationnaire : les cantons conserveront leurs compétences actuelles : ils continueront d'être responsables de la planification hospitalière, de pouvoir adopter un budget global s'ils l'estiment indiqué, de recevoir les factures originales des prestations stationnaires ainsi que de pouvoir les examiner. De plus, ils ne devront toujours pas financer les prestations des hôpitaux conventionnés, c'est-à-dire les hôpitaux sans mandat de prestations du canton.

Dans le domaine ambulatoire : les cantons recevront divers nouveaux instruments pour gérer l'offre et les coûts dans ce domaine. Ils participeront à l'organisation tarifaire qui établit les tarifs des traitements médicaux ambulatoires ainsi qu'à la nouvelle organisation tarifaire qui sera chargée des tarifs pour les prestations de soins. En ce qui concerne l'ensemble des fournisseurs de prestations ambulatoires, les cantons pourront limiter l'admission de fournisseurs de prestations d'une catégorie si la croissance des coûts dans cette catégorie ou leur niveau est supérieur à la moyenne suisse.

Les **contributions cantonales** seront calculées sur la base des coûts effectivement pris en charge par

les assureurs (franchises et participations aux coûts déduites) pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les cantons verseront leurs contributions à un nouveau comité spécialisé de l'actuelle institution commune LAMal, auquel ils participeront. Les contributions cantonales seront ensuite distribuées aux différents assureurs sur la base des coûts effectifs des prestations. Le passage à un financement uniforme sera, par rapport à la période 2016-2019, neutre en termes de coûts pour l'ensemble des cantons.

6. Quels sont les changements du point de vue des assureurs ?

Avec le financement uniforme, les assureurs se chargeront de l'entier de la rémunération des fournisseurs de prestations, y compris les contributions cantonales. Ils recevront les contributions cantonales dans un deuxième temps, par le biais de l'institution commune LAMal.

Le passage à un financement uniforme sera, par rapport à la période 2016-2019, neutre en termes de coûts pour l'ensemble des assureurs.

Pour les prestations de soins, les assureurs négocieront désormais les tarifs avec les fournisseurs de prestations. Ils auront davantage d'incitations à investir dans la création de modèles d'assurance promouvant les soins coordonnés et seront désormais incités à favoriser davantage le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Pour le reste, le rôle des assureurs restera largement inchangé. Le financement uniforme ne prévoit pas de leur accorder de compétences supplémentaires. Ils devront toujours garantir la prise en charge des coûts des prestations définies au niveau fédéral et veiller au respect des principes de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE). L'adaptation de la part de financement des assureurs (augmentation dans le domaine stationnaire et des soins et diminution dans l'ambulatoire) n'implique aucune modification de leurs compétences.

7. Quels sont les changements du point de vue des fournisseurs de prestations ?

Pour la plupart des fournisseurs de prestations, peu de choses changeront. Ils continueront à fournir les prestations assurées et seront rémunérés par le biais de tarifs qu'ils négocient avec les assureurs. Comme aujourd'hui, ils enverront leurs factures soit aux assurés, soit directement aux assureurs.

Néanmoins, le financement uniforme apportera quelques changements : les assureurs seront désormais davantage incités à promouvoir la fourniture de prestations ambulatoires ainsi que la coordination. Le secteur hospitalier ambulatoire, les réseaux de soins coordonnés et les médecins de famille pourraient particulièrement en profiter. De plus, si des traitements stationnaires sont évités ou des admissions en EMS sont retardés grâce à un transfert des prestations dans le domaine ambulatoire et à une meilleure coordination, cela pourrait libérer du personnel soignant au profit des soins de longue durée.

C'est dans le domaine des soins de longue durée que les changements seront les plus importants. Les contributions actuelles de l'AOS ainsi que le financement résiduel fixé par les cantons seront remplacés par des tarifs négociés entre les partenaires tarifaires (cf. question 8).

8. Qui va désormais payer les soins de longue durée en EMS et les soins et aide à domicile ?

A l'heure actuelle : les prestations de soins sont financées par l'assurance-maladie (contribution limitée de l'AOS également fixée par le Conseil fédéral), par les cantons (financement résiduel) et par les assurés eux-mêmes (contribution limitée des patients aux prestations de soins, fixée par le Conseil fédéral). Chaque canton est responsable du financement résiduel et est libre de l'organiser comme il le souhaite, raison pour laquelle une grande diversité existe entre les cantons. L'évaluation du financement actuel des soins a montré que le financement résiduel est considéré comme partiellement insuffisant.

Avec le financement uniforme : dans sept ans, les prestations de soins devront également être financées selon la nouvelle clef de répartition. Une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse sera développée afin de rémunérer les prestations de soins en EMS et à domicile. Les fournisseurs de prestations, y compris les infirmières et infirmiers indépendants, seront représentés dans l'organisation tarifaire compétente pour la structure tarifaire, et les fournisseurs de prestations pourront négocier des tarifs avec les assureurs et les soumettre, selon le champ d'application, aux cantons ou à la Confédé-

ration pour approbation. Ces nouveaux tarifs de rémunération des prestations de soins devront respecter les exigences de la LAMal. Les tarifs devront ainsi être déterminés en fonction des coûts d'une fourniture efficiente des prestations.

La contribution des patients aux coûts des prestations de soins sera quant à elle maintenue. Le Conseil fédéral aura, comme aujourd'hui, la compétence de fixer et d'adapter le niveau de cette contribution. Le montant actuel de cette dernière ne pourra toutefois pas être augmenté pendant les quatre premières années suivant l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme.